

ATUALIZAÇÃO CADASTRAL



Categoria: (a)
 (b)
 (c)

Único
 Individual

IDENTIFICAÇÃO DO ASSOCIADO						PARA USO DA AFAM
RE/MATR.	NOME.					
DATA NASC.	DATA ADMISSÃO NA PM	POSTO/GRADUAÇÃO	PORTADOR DE DEFICIÊNCIA? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> CASADO <input type="checkbox"/> SOLTEIRO <input type="checkbox"/> DIVORCIADO <input type="checkbox"/> VIÚVO <input type="checkbox"/> UNIÃO ESTÁVEL	GRAU DE INSTRUÇÃO <input type="checkbox"/> 1º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL. <input type="checkbox"/> INCOMP. <input type="checkbox"/> 2º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL. <input type="checkbox"/> INCOMP. <input type="checkbox"/> 3º GRAU <input type="checkbox"/> COMPL. <input type="checkbox"/> INCOMP.	
RG	CPF	SEXO <input type="checkbox"/> MAS <input type="checkbox"/> FEM				

Endereço

Logradouro:			
Nº:	Complemento:	Bairro:	UF:
Município:		CEP:	

Contato

Permite correspondência? Sim Não

Email 1:	Telefone 1: ()
Email 2:	Telefone 2: ()

DEPENDENTES PARA O PLANO ÚNICO

CÔNJUGE OU COMPANHEIRA(O)	DATA NASCIMENTO	CPF	DEFICIENTE FÍSICO OU MENTAL
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
FILHOS	DATA NASCIMENTO	CPF	DEFICIENTE FÍSICO OU MENTAL
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
			<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO

OBSERVAÇÃO: ANEXAR OU ENVIAR CÓPIA DE DOCUMENTOS COMPROBATÓRIOS DE TODOS OS DEPENDENTES RELACIONADOS.

No caso de morte deste(a) associado (a), a pessoa abaixo é a indicada para receber o Auxílio Funeral.

INDICAÇÃO NOME	DATA NASCIMENTO	RG

DECLARO

- Assumir, nos termos das leis vigentes, total responsabilidades sobre as informações prestadas;
- Comprometer-me a cumprir o estabelecido no Estatuto Social, que estabelece a obrigatoriedade de atualizar os dados cadastrais;
- Estar ciente que a presente atualização será processada dentro de 10 (dez) dias úteis, após a data de protocolo;
- Receber os vencimentos conforme abaixo:

Banco e conta como é apresentado no holerite (demonstrativo de pagamento):

Banco do Brasil S.A.	Conta salário? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Agência:	Dígito:	Conta Corrente:	Dígito:

Conta corrente da portabilidade (apenas se a conta acima for salário):

Banco:			
Agência:	Dígito:	Conta Corrente:	Dígito:

_____, ____ de _____ de _____

Assinatura



ASSOCIAÇÃO FUNDO AUXÍLIO MÚTUO DOS MILITARES DO ESTADO DE SÃO PAULO
RUA DR. GABRIEL PIZA, 425 - SANTANA - CEP: 02036-011 - SÃO PAULO/SP - TEL.: 11 3328.1500